Lane Medical Library

Zur
Casuistik der Ovariotomie

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medicinischen Fakultät

der Königl. Universität zu Greifswald

am

Montag, den 29. Juni 1885

Mittags 12 Uhr

öffentlich vertheidigen wird

Josef Gatz

pract. Arzt

aus Westpreussen.

Opponenten:

Herr **A. Neumann.** cand. med.
„ **F. Rilinger.** cand. med.
„ **A. Rosentreter.** cand. med.

Greifswald.
Druck von Julius Abel.
1885.

Seiner lieben Mutter

und

dem Andenken seines theuren Vaters

gewidmet

vom

Verfasser.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153715_0409

Die Berechtigung der Ovariotomie durch Veröffentlichung einer Anzahl von Operationen mit mehr oder minder günstigem Verlauf noch beweisen zu wollen, wäre vollständig überflüssig, da dieselbe längst als eine der bevorzugtesten gynäkologischen Operationen von sämmtlichen Operateuren anerkannt ist. Auch ist dies nicht meine Absicht bei der vorliegenden Arbeit, sondern ich halte es für wünschenswerth, dass von allen Seiten die erzielten Resultate veröffentlicht werden, um die Erfahrungen und Erlebnisse verschiedener Operateure kennen zu lernen und so die Operationsmethode immer mehr zu vervollkommnen. Zu der Statistik in diesem Sinne einen kleinen Beitrag zu liefern, ist der Zweck meiner Arbeit.

Die funfzig Ovariotomien sind sämmtlich vom Herrn Geh. Rath Pernice in einem Zeitraum von vier und einem halben Jahr und zwar von Anfang November 1879 bis Ende April 1885 ausgeführt worden, und ist dabei folgendes Verfahren beobachtet worden.

Die Operation findet nur in Gegenwart weniger Personen statt, welche einige Tage vorher weder mit Leichen, noch mit Personen, die an verdächtigen Leiden erkrankt sind, in Berührung gekommen sind. Der Operateur und sämmtliche Personen, die bei der Operation zugegen sind, haben kurz vorher ein warmes Bad genommen und sind mit frischer Wäsche angethan. Sämmtliche Anwesende waschen Hände und Arme mit Seifenwasser und 5procen-

tiger Carbolsäure. Alle nöthigen Instrumente werden einige Tage vorher nachgesehen und einer gründlichen Reinigung unterworfen. Neue Instrumente werden vierundzwanzig Stunden lang in 5procentige Carbollösung gelegt; vor dem Gebrauche werden sie noch einmal in 2procentiger abgespült. Die Seide wird in 5procentiger Carbolsäure gekocht, am Tage der Operation selbst, wird sie in eine 2procentige Lösung gelegt. Schwämme, Tücher und sonstige Gegenstände werden vorher gereinigt und liegen in 2procentiger Carbolsäurelösung bereit.

Das eigens für diese Operation bestimmte Zimmer ist gut ventilirt und desinficirt. Die Operation findet unter Dampfspray statt, doch werden auch zwei Handspray's für eventuelle Fälle im warmen Wasserbade bereit gehalten.

Die Patientin selbst erhält einige Tage vor der Operation leicht verdauliche Kost und leichte Abfuhrmittel. Am Tage vor der Operation wird für gehörige Entleerung des Darmes gesorgt und an dem betreffenden Morgen selbst wird nochmals ein Darmrohr gegeben. Vor der Operation wird die Patientin gebadet und ganz frisch gekleidet.

Die Kranke wird nun narkotisirt und catheterisirt. Der Leib wird nochmals mit 2procentiger Carbollösung abgewaschen und darauf Beine und Rumpf mit einem Gummituch bedeckt, welches nur das Operationsfeld offen lässt, alles übrige aber vor Durchnässung und Abkühlung schützt.

Der Schnitt wird zwischen Nabel und Symphyse geführt ungefähr 12—15 ctm. lang. Die Bauchdecken werden schichtweise getrennt. Sind alle Blutungen gestillt, so wird das Bauchfell auf der Hohlsonde gespalten. Bis zu diesem Zeitpunkte ist das Verfahren bei allen Opera-

tionen dasselbe, während die übrigen Operationsabschnitte sich nach den jedesmaligen Umständen ändern können. Bei einfachen Verhältnissen wird folgendermassen verfahren: Der Tumor wird mit dem Spencer Wells'schen Troicart angestochen, seines Inhaltes entleert und dann mit der Balkenzange hervorgezogen. Ist der Stiel nicht zu dick, so wird er mit der langen gestielten Nadel durchstochen und dann mit gut carbolisirter Seide nach beiden Seiten hin fest unterbunden. Darauf wird er durchschnitten und, wenn keine Blutung an ihm bemerkt wird, versenkt. Nun werden sämmtliche Beckenorgane einer gründlichen Revision unterworfen, zumal das andere Ovarium. Ist nichts Verdächtiges bemerkt worden, so wird die Bauchhöhle mit Schwämmen von Blut und etwaigem ausgeflossenen Cysteninhalt gereinigt, wobei nochmals revidirt wird, ob irgendwo eine Verletzung vorgekommen ist, oder ob es noch irgendwo blutet. Die Wunde wird mit einigen tiefen und mehreren oberflächlichen Nähten vereinigt. Es wird nun der Verband angelegt, der bis Sommer 1882 aus Salicyljute bestand, von da ab durch Jodoformgaze ersetzt wurde. Die Patientin wird in ein erwärmtes Bett gebracht und wird für möglichste Ruhe gesorgt. Tritt Collaps ein oder finden sich sonstige Folgeerscheinungen nach der Operation, so wird mit den nöthigen Mitteln vorgegangen, doch muss man sich hüten, solche Medicamente und Speisen darzureichen, welche den Darm aufblähen, oder ihn mit harten Faecalmassen füllen, damit womöglich nicht vor dem fünften Tage eine Darmentleerung statt hat. Die Blase wird mit dem Catheter entleert. Am fünften Tage versucht man mit gelinden Abführmitteln eine Defäcation zu erzielen. Am achten Tage aber frühestens wird der Verband gewechselt und werden mitunter schon sämmtliche Nadeln entfernt. Sind

die Operirten soweit hergestellt, dass sie das Bett verlassen können, so bekommen sie eine Gummibinde um den Leib, um die Insufficienz der frischen Narbe zu compensiren.

Ich lasse nun eine kurze Beschreibung der einzelnen Operationen folgen, insoweit der Verlauf derselben von Interesse ist.

Fall 1. Die Operation verlief ganz glatt. Beim Verbandwechsel am sechsten Tage wurde ein bedeutender Bauchdeckenabscess bemerkt, der durch eine ziemliche Eiterung von den Stichcanälen her veranlasst war. Die Stichcanäle werden drainirt und geht jetzt die Heilung gut von statten.

Fall 2. Der Verlauf der Operation war vollständig zufriedenstellend; auch stellten sich während der Nachbehandlung keine unangenehmen Erscheinungen ein.

Fall 3. Die Cyste präsentirt sich nach Eröffnung der Bauchhöhle in der Wunde. Es werden einige Adhäsionen stumpf gelöst, der Tumor behufs Entleerung punctirt und dann hervorgezogen. Es werden jetzt noch drei Nebencysten sichtbar, die ebenfalls angestochen werden. Der Stiel wird nun unterbunden und versenkt. Bei der Revision der Bauchhöhle wird eine blutende Stelle dicht neben dem Stiele am breiten Mutterband, welches durch Zerrung am Stiel etwas eingerissen war, aufgefunden. Durch eine seidene Umstechungsnaht wird die Blutung gestillt.

Fall 4. Der Tumor wird blossgelegt und abgetastet, wobei man erkennt, dass derselbe extraperitoneal zwischen den beiden Blättern des Lig. latum sitzt. Es wird von der Herausschälung abgesehen, die Cyste angestochen und soweit es ohne grosse Zerrung möglich, vor die Bauchwunde gezogen. Der extrahirte Theil wird abgetragen

und der freie Rand des Cystenrestes so in die Bauchwunde eingenäht, dass Bauchfell an Bauchfell zu liegen kommt. Der Cystensack wird drainirt. Am sechten Tage stellt sich eitrige Secretion in dem Cystensack ein, weshalb von jetzt ab zweimal täglich der Verband gewechselt wird. Nun lässt die Secretion allmählich nach, es stellen sich gute Granulationen ein, die durch Lapisätzung gefördert werden.

Fall 5. Der Tumor besteht aus drei Cysten und gelingt nach viermaliger Punction die Exstirpation leicht.

Fall 6. Die Cyste wird mit dem Troicart punctirt, doch entleert sich nur wenig Flüssigkeit. Sie wird nun mit Mühe aus der Bauchwunde hervorgedrängt, und der circa 20 ctm. breite Stiel Schritt für Schritt unterbunden. Bei der Durchschneidung des Stiels löst sich die erste Schlinge und gibt zu einer profusen, doch bald gestillten Blutung Anlass. Von der Entfernung eines zweiten noch vorhandenen Tumors musste Abstand genommen werden, da die schleunige Beendigung der Operation höchst wünschenswerth erschien.

Fall 7. Die Operation verlief normal. Während der Nachbehandlung stellt sich in Folge von Cathetrisation ein leichter Blasencatarrh ein, doch wich derselbe bald der Ausspülung der Blase mit $^1/_2$procentiger Carbollösung. Auch eine Anschwellung und Schmerzhaftigkeit der Leistendrüsen trat auf. Durch Einreiben mit ung. ciner. und durch hydropathische Umschläge wurde das Leiden nach wenigen Tagen beseitigt.

Fall 8. Nach Eröffnung der Bauchhöhle fliesst ungefähr $^3/_4$ Eimer freien Bauchwassers ab. Es kommt nun der doppeltfaustgrosse solide Tumor mit langem, daumendickem Stiel zum Vorschein. Der Tumor wird unterbunden und dann ohne Mühe entfernt. Patientin ist nach der Ope-

ration vollständig collabirt. Beim Verbandwechsel am sechsten Tage ist die Wunde gut verklebt, der Leib aufgedunsen. Am folgenden Tage hat die Tympanitis zugenommen; die Wunde beginnt aufzuplatzen. Der Kräftezerfall schreitet vorwärts.

Fall 9. Der Tumor entleert nach geschehener Punction nur wenig Flüssigkeit, in Folge dessen ist das Hervorziehen der Cyste etwas erschwert. Anstatt des Stieles zeigt sich ein armdicker, mit lauter kleinen Cysten besetzter Strang. Er wird in die Spencer Wells'sche Klammer gelegt, durchschnitten, central mit doppeltgefädelten Nadeln durchstochen und so gut es geht Stück für Stück unterbunden, bis endlich die ziemlich bedeutende Blutung stand. Hierauf wurde die Klammer gelöst, die Bauchhöhle gereinigt und der Stiel in den untern Wundwinkel eingenäht. Beim Verbandwechsel am sechsten Tage secernirt die Wunde ein wenig, weshalb nun täglich verbunden wird. Um den eingenähten Stiel ziehen sich die Wundränder in die Tiefe, so dass der Stiel fast halbkugelig hervorragt. Das hervorragende Stück des Stieles wird mit der galvanokaustischen Schlinge entfernt. Das abgetrennte Stück des Stiels besteht aus lauter Cysten von Erbsen bis Bohnengrösse. Nach Loslösung des Brandschorfs zeigt sich dahinter wieder Cyste an Cyste. Da immer mehr Cysten entstehen, so werden sie geöffnet, ihr freier Rand abgetragen und die innere Wand mit 10procentiger Chlorzinklösung geätzt. Seit der Chlorzinkbehandlung stellen sich allabendlich Temperaturerhöhungen ein, weshalb die Aetzung ausgesetzt wird. Es stösst sich ein zolldicker Schorf ab, die Temperaturerhöhungen lassen nach, und es zeigen sich gute Granulationen. Die Heilung schreitet nun stetig vor.

Fall 10. Die Operation verläuft gut bis auf die Bildung des Stiels. Da derselbe zu kurz ist, so wird ein

handtellergrosses Stück der hinteren Cystenwand zurückgelassen. Die Heilung wird etwas aufgehalten durch einen Bauchdeckenabscess, der mit Carboleinspritzung behandelt wird.

Fall 11. Der Schnitt wird dieses Mal 18 cm lang geführt. Es gelingt den Tumor in toto zu entfernen. In die Bauchhöhle ist ein wenig Blut geflossen, welches auf das sorgfältigste entfernt wird.

Fall 12. Bei Durchtrennung der Bauchdecken entsteht eine starke Blutung. Das Bauchfell lässt sich erst dann vollständig eröffnen, nachdem einige breite Adhäsionen stumpf gelöst sind. Mit dem Netz ist die vordere Cystenwand ebenfalls verwachsen. Die Adhäsionen werden theils unterbunden und durchschnitten, theils mit der Hand gelöst. Die Entfernung des Tumors gelingt jetzt leicht.

Fall 13. Die wenigen Adhäsionen der Geschwulst lassen sich leicht lösen. Nach Anstich mit dem Spencer Wells'schen Troicart fliesst keine Flüssigkeit ab. Erst nach der dritten Punction entleert sich eine unbedeutende Menge klebrigen Inhalts. Der Tumor erweist sich als fest, und wird, da er in toto nicht entfernt werden kann, mit der grössten Vorsicht Stück für Stück abgetragen, bis es gelingt, ihn hervorzuziehen und zu entfernen.

Fall 14. Bei der Schnittführung entsteht eine bedenkliche Blutung; es müssen mehrere Umstechungen gemacht werden. Die Abtastung des Tumors ergibt leicht lösbare Adhäsionen mit dem Darm. Nachdem durch Punction ungefähr $^3/_4$ Eimer Flüssigkeit entleert ist, wird die Exstirpation leicht ausgeführt.

Fall 15. Während die Wandungen des vorliegenden Tumors mit der Hand verfolgt werden, um etwaige Adhäsionen zu constatiren, drängen sich plötzlich eine Menge

Darmschlingen aus der Wunde hervor, die nur mit Mühe zurückgehalten werden konnten. Die Adhäsionen sind leicht lösbar und konnte der Tumor wie üblich entfernt werden.

Fall 16. Es existiren leichte Adhäsionen mit dem Darm. Als der Tumor hervorgezogen wurde, wird man das Fehlen des eigentlichen Stieles gewahr, weshalb die hintere Cystenwand in den unteren Wundwinkel eingenäht wurde. Beim Verbandwechsel an den nächsten Tagen merkte man, dass sich eine Fistel von 5 cm Länge bildete. Der Verband wird nun täglich erneuert und in die Fistel Salicylpulver auf Watte gelegt. Später wird die Fistel mit Lapis touchirt. Unter dieser Behandlung schliesst sich allmählich der Fistelgang.

Fall 17. Patientin ist sehr heruntergekommen. In den Tagen vor der Operation hat sie Temperaturerhöhungen bis 40,7. Nach Eröffnung der Bauchhöhle zeigen sich Verwachsungen des Tumors von grosser Ausdehnung, die sich jedoch leicht trennen lassen. Die Geschwulst wird angestochen, doch entleert sich kein Inhalt. Es wird versucht, den Tumor in toto mit der breiten Nelaton'schen Zange hervorzuziehen. Beim leisesten Zuge riss das gefasste Stück ab, und eine Menge matschigen Gewebes drang in die Bauchhöhle, ohne dass es verhindert werden konnte. Der Versuch, den Tumor mit der Hand zu entfernen, misslang ebenfalls. Mit Mühe gelang es endlich den Rest der Geschwulst so ausserhalb zu fixiren, dass eine Stielbildung vorgenommen werden konnte. Die Toilette der Bauchhöhle wurde aufs sorgfältigste ausgeführt. Beim ersten Verbandwechsel zeigt die Wunde wenig Secretion und ist mit der Sonde ein Fistelgang zu fühlen. Von Tag zu Tag nimmt die Secretion zu und der Fistelgang wird länger; auch stellen sich noch Erscheinungen

auf der Lunge ein. Die Kräfte der Patientin nehmen sichtlich ab.

Fall 18. Als das Bauchfell durchtrennt war, flossen mehrere Liter freien Bauchwassers ab. Der Tumor ist kindskopfgross und mit der vordern Bauchwand verwachsen. Auf Anstich mit dem Troicart fliesst kein Cysteninhalt ab. Es wird nun versucht ihn mit der Nelaton'schen Zange zu fassen. Beim geringsten Zuge reisst das gefasste Stück ab, und entleert sich eine kleine Quantität gallertiger Masse in die Bauchhöhle. Der Tumor wird nun stückweise entfernt und der Stiel unterbunden. Plötzlich trat eine profuse Blutung auf, die aus Verbindungen des Tumors mit dem Becken stammte. Nach einigen Ligaturen stand die Blutung und die Operation konnte nun vollendet werden. Patientin erholt sich nach der Operation nicht wieder.

Fall 19. Es sind bedeutende Verwachsungen mit der vordern Bauchwand und dem Darm vorhanden, deren mühevolle Lösung die Operation etwas in die Länge zog.

Fall 20. Der Tumor wird blossgelegt und stellen sich bei der manuellen Exploration Verwachsungen mit dem hintern Douglas heraus. Während dieser Untersuchung fielen einige Dünndarmschlingen hervor, die reponirt werden mussten. An der hintern Wand des Uterus befinden sich ebenfalls einige Verwachsungen, bei deren Lösung eine reichliche Blutung eintrat, die durch zwei Umstechungen gestillt wurde. Unter diesen Umständen konnte an eine totale Exstirpation der Geschwulst nicht gedacht werden, zumal das maligne Aussehen eine schlechte Prognose stellte. Es wurde deshalb ein möglichst grosser Theil des Tumors aus der Bauchhöhle entfernt und die Wunde wie üblich geschlossen. Am Tage nach der Operation zeigten sich bereits Symptome einer acuten Peritonitis.

Fall 21. Bei der Umtastung des Tumors wurde festgestellt, dass derselbe am Peritoneum parietale sowie viscerale adhärirte. Die Intestina mussten an einigen Stellen von dem Tumor getrennt werden. Hierauf wurde der Stiel unterbunden, durchschnitten und der in der Bauchhöhle zurückbleibende Stumpf mit dem Thermokanter verschorft. Die Heilung verzögerte sich durch Abscesse in dem untern Wundrand; dazu gesellte sich noch ein leichter Decubitus.

Fall 22. Nach Durchtrennung der Bauchdecken drängten sich Netztheile aus der Wunde hervor, die sogleich reponirt wurden. Der Tumor war faustgross und durch allseitige Verwachsungen vollständig fixirt. Unter diesen Umständen schien die Unterbindung des Stieles so erschwert, dass von einer vollständigen Entfernung Abstand genommen wurde. Es wurde soviel entfernt als möglich war, der Rest wurde in die Bauchwunde eingenäht.

Fall 23. Die Operation wird wie gewöhnlich vorgenommen. Als der Stiel unterbunden und durchschnitten war, entstand eine bedenkliche Blutung. Nach längerm Suchen fand man nach aussen von dem unterbundenen Stiel eine spritzende Arterie, welche einem noch nicht unterbundenen Theil des Stieles angehörte. Dieser äussere Theil des Stieles wird unterbunden und die Blutung steht sogleich.

Fall 24. Patientin hat an den Tagen vor der Operation Temperaturerhöhungen bis 39,9. Da zu befürchten ist, dass Patientin bei dem andauernden Fieber und der grossen Ernährungsstörung, da sie fast alles, was sie geniesst, erbricht noch immer mehr herunterkommt, so wird zur Operation geschritten. Bei Durchtrennung des Peritoneus ereignet sich, dass die Blase angeschnitten wurde. Dieses nicht erwünschte Ereigniss konnte um so leichter

geschehen, als das Peritoneum schon im obern Bereich des Abdomens verdickt, von grauröthlichem Aussehn und mit dicken Schwarten bedeckt war, offenbar Residuen einer bestehenden chronischen Peritonitis. Diese Schwarten setzten sich nach unten fort, so dass eine Verletzung der Blase, zumal sie hoch hinanragte, nicht zu verwundern war. Die verletzten Gefässe der Blase wurden unterbunden. Da der Tumor nirgends adhärent ist, so ist die Exstirpation leicht. Die Blase wird in den untern Wundwinkel eingenäht, und von der Harnröhre aus ein Nelaton'scher Catheter eingeführt. Hierauf wird die Wunde geschlossen. Schon am nächsten Tage trat Peritonitis auf.

Fall 25. Der Verlauf der Operation und Nachbehandlung war gut.

Fall 26. Die Operation verläuft ganz normal, bis auf die Versenkung des Stiels. Als er nämlich durchschnitten war, löste sich eine Schlinge und es trat eine bedeutende Blutung auf, die jedoch bald gestillt wurde. Nach Beendigung der Operation klagt Patientin über Brennen im Unterleib und bald stellte sich Peritonitis ein.

Fall 27. Der Tumor ist mit dem Netz durch Adhäsionen verbunden, die getrennt und unterbunden werden müssen. Ebenso bestehen leicht lösbare Verwachsungen mit der vordern Bauchwand. Der Versuch, die durch Punction verkleinerte Cyste hervorzuziehen, misslingt, da dieselbe hinten völlig verwachsen ist. Es wird nun soviel als möglich von der Cyste abgetragen, und dann die hintere Cystenwand in die Bauchwunde eingenäht. Während der Operation fielen häufig Darmschlingen vor, die bei den einzelnen Manipulationen etwas hinderlich waren.

Fall 28. Patientin hatte zehn Tage vor der Operation einen Abortus im sechsten Monat. Leichte Adhäsionen mit der vordern Bauchwand lassen sich stumpf

trennen. Die Cyste wird punctirt und es entleert sich eine Menge dunkelbrauner Flüssigkeit. Vorsichtig wird an der Cystenwand ein Zug ausgeübt, doch bald riss die Wandung ein.

Beim Hervordrängen der Cyste erschien auch das Netz, das mit derselben verwachsen war. Die Adhäsionen mussten unterbunden werden. Auch der Darm war ziemlich stark mit dem Tumor verklebt. Schliesslich bemerkte man noch eine handbreite Adhäsion mit dem Mesenterium, welche vor der Durchtrennung unterbunden wurde. Während der Operation war viel Cysteninhalt in die Bauchhöhle gekommen, weshalb die Toilette möglichst sorgfältig ausgeführt wurde. Die Heilung verzögerte ein Decubitus in der Gegend des rechten Trochanter major.

Fall 29. Es bestehen nur geringe Verwachsungen des Tumors. Beim Hervordrängen des Tumors zeigt er sich durch unlösbare Adhäsionen mit der rechten Beckenwand verbunden. Die gänzliche Entfernung des Tumors war deshalb unmöglich und musste die hintere Cystenwand in die Bauchwunde eingenäht werden.

Fall 30. Der Tumor wird vorsichtig hervorgezogen, wobei er sich als breitbasig und ungestielt erweist. Eine Adhäsion mit einer Darmschlinge wird stumpf gelöst. Die Unterbindung des Tumors wird ziemlich tief unten vorgenommen, und ein Stück der Cyste in der Bauchhöhle zurückgelassen.

Fall 31. Nach Eröffnung des Peritoneums fliesst eine ziemliche Menge freien Bauchwassers ab. Der Tumor ist nirgends verwachsen, nur eine leichte Verbindung mit dem Uterus ist da. Da der Tumor sich nicht in toto entfernen lässt, wird eine Incision gemacht und sein Inhalt entleert. Wegen Kürze des Stiels musste ein Stück der Cyste in der Bauchhöhle zurückgelassen werden.

Fall 32. Der Tumor ist in seiner ganzen Ausdehnung mit dem Peritoneum verwachsen. Die Adhäsionen lassen sich jedoch leicht lösen und gelingt jetzt die Entfernung des Tumors ohne Mühe.

Fall 33. Die Bauchdecken sind ziemlich fettreich, und entsteht deshalb eine bedeutende Blutung. Nach Durchtrennung des Peritoneums lag das Netz und einige Darmschlingen vor, die mit Schwämmen zurückgehalten werden mussten. Der Tumor lag im Lig. latum und gelang es mit vieler Mühe, ihn herauszuschälen. Der in der Bauchhöhle zurückbleibende Stumpf wurde mit dem Thermokauter verschorft.

Fall 34. Nach Eröffnung der Bauchhöhle wird die Cyste punctirt und versucht, sie aus der Wunde hervorzudrängen. Es zeigte sich nun, dass der Tumor ungestielt von der linken Seite des Uterus ausging und mit seiner Insertion bis an die linea innominata reichte. Da die totale Exstirpation unmöglich war, wurde der Tumor stark angezogen und in die Bauchwunde eingenäht. Als das überragende Stück der Cyste abgetragen wurde, entstand eine heftige Blutung, die durch Umstechung gestillt wurde. Am Tage nach der Operation stellte sich bereits Peritonitis ein.

Fall 35. Der Tumor war an der Vorderfläche mit der Bauchwand stark verklebt, doch lassen sich die Verlöthungen stumpf lösen. Der Tumor wird, nachdem er seines Inhaltes mittelst des Troicarts entledigt ist, mit der Balkenzange hervorgezogen, bei welcher Manipulation noch einige Verwachsungen mit dem Netz beseitigt werden mussten.

Fall 36. Die ganze Operation dauerte nur dreissig Minuten, da keine Complicationen vorhanden waren.

Fall 37. Die wenigen Adhäsionen lassen sich ohne Blutung trennen. Der durch Anstich verkleinerte Tumor wird mit der Balkenzange hervorgezogen und der sehr breite Stiel mit doppelter Ligatur unterbunden und dann durchschnitten. Die Ligatur hatte jedoch die Gefässe nicht ordentlich comprimirt, denn es spritzte aus einer Arterie ziemlich stark. Nach mehrfacher Umschnürung und Behandlung mit dem Thermokauter stand die Blutung und konnte der Stiel versenkt werden.

Fall 38. Während der Operation fiel öfters das Netz vor, welcher Umstand etwas hinderlich war. Der Stiel war breit und wurde deshalb doppelt unterbunden und mit dem Thermokauter verkohlt.

Fall 39. Die ganze vordere Fläche der Cyste ist mit dem Netz verwachsen, deren Lösung mit Leichtigkeit bewerkstelligt wird. Bei weiterer Palpation werden Verwachsungen mit dem Darm constatirt, deren Trennung etwas schwerer ist. Als die Geschwulst nun hervorgezogen wurde, platzte die Cystenwand, und der Inhalt ergoss sich in die Bauchhöhle. Während der Operation fiel in Folge von Brechneigung der Darm vor, der mit Schwämmen zurückgehalten wurde.

Fall 40. Der Verlauf der Operation war gut. Da der Stiel etwas breit war, wird er doppelt unterbunden und mit dem Thermokauter behandelt.

Fall 41. Leichte Verklebungen mit dem parietalen Blatt des Peritoneums lassen sich stumpf lösen. Während der Operation kam zwei Mal ein kleiner Zipfel des Netzes zum Vorschein.

Fall 42. Bei der Schnittführung entsteht eine geringe Blutung. In Folge von Brechbewegung fällt eine Darmschlinge und ein Stück des Netzes vor. Die Darm-

schlinge lässt sich leicht reponiren, während das Netz bei Anlegung der Naht einige Schwierigkeit machte.

Fall 43. Nach Eröffnung des Peritoneums fliesst eine reichliche Menge freien Bauchwassers ab. Die Umtastung des Tumors ergiebt Verwachsungen mit dem Darm, die sich stumpf lösen lassen. Kurz darauf entstand eine colossale Blutung, die vom Lig. latum ausging, das mit dem Tumor verwachsen war. Es gelang der Blutung Herr zu werden. Da der Tumor nach geschehener Punction keinen Inhalt entleerte, so wurde er in toto hervorgezogen. Der breite und kurze vornehmlich vom Lig. lat. gebildete Stiel wurde mit einer doppelt armirten Nadel durchstochen und unterbunden.

Fall 44. Die sehr grosse Cyste wird punctirt und hervorgezogen, wobei eine Verwachsung mit dem Colon transversum zu lösen war. Bei der Durchtrennung entstand eine heftige Blutung, die erst nach einer Umstechung gestillt wurde.

Fall 45. Es sind nur ganz geringe Verwachsungen mit der vordern Bauchwand vorhanden, die ohne Mühe gelöst werden. Der Verlauf der Operation war sonst zufriedenstellend.

Fall 46. Schon vor der Operation war ein doppelseitiger Tumor constatirt worden. Nach Eröffnung der Bauchhöhle lässt sich der linksseitige Tumor, der gut gestielt war, leicht entfernen. Die rechte Cyste zeigt sich mit ihrer ganzen Umgebung adhärent und im Cavum Douglas iifixirt. Als nun der Tumor mit der Nelatonschen Zange etwas angezogen wurde, um die Adhäsionen zu lösen, riss das Rectum an seiner vordern Seite 2 ctm lang ein, und der Darminhalt ergoss sich in die Bauchhöhle. Von dem Tumor wurde nun so viel entfernt, als möglich war, der untere Theil blieb im Douglaschen Raum sitzen. Die

Darmwunde wurde mit drei Suturen nach der Lambert'schen Methode geschlossen und die Bauchhöhle gründlich gereinigt. Patientin erholt sich nach der Operation nicht mehr.

Fall 47. In der Schnittwunde präsentirt sich der mit reichlichen Gefässen versehene Tumor. Die wenigen Adhäsionen werden stumpf gelöst und der Tumor durch Punction verkleinert, wobei eine mit frischem Blut vermischte Flüssigkeit abfliesst. Der in der Bauchwunde zurückbleibende Stumpf des torquirten Stiels wird mit dem Thermokauter verschorft.

Fall 48. Es fliesst nach Eröffnung des Peritoneum eine ziemliche Menge ascitischer Flüssigkeit ab. Bei Entfernung des soliden Tumors mussten zahlreiche Adhäsionen gelöst werden, wobei eine heftige Blutung entstand. Der Tumor sass ziemlich breit auf dem rechten Lig. lat. auf und so war es schwierig, einen ordentlichen Stiel zu bilden. Es wurde deshalb soviel als möglich von dem Tumor entfernt und die blutenden Gefässe unterbunden. Da die vorhererwähnte, stark parenchymatöse Blutung auf der rechten Seite nicht stand, so wurde die blutende Stelle mit Liq. ferri betupft, worauf sie sogleich sistirte.

Fall 49. Bei der Schnittführung blutet es nur wenig. In die Wunde treten zunächst nur Gedärme. Nachdem sie bei Seite geschoben, zeigt sich nach links hin ein Tumor, der sich leicht isoliren lässt. Der Stiel wird in zwei Portionen unterbunden, der Tumor abgetragen und der in der Bauchhöhle zurückbleibende Stumpf mit dem Thermokauter behandelt. Dieser Tumor hatte verhältnissmässig hoch gesessen und konnte unmöglich den ganzen Douglas ausgefüllt haben. Bei Durchsuchung des Douglas'schen Raumes fand man einen zweiten Tumor ausgehend vom rechten Ovarium. Bei dem Versuch, ihn

hervorzuziehen, platzte die Wandung, und der Inhalt ergoss sich in die Bauchhöhle. Der Tumor wurde nun abgetragen und eine möglichst sorgfältige Reinigung des Beckens vorgenommen. Trotzdem stellten sich schon Tags darauf die Zeichen einer acuten Peritonitis ein.

Fall 50. Der Tumor stellt sich gleich in die Wunde ein und erweist sich als interligamentär von der rechten Seite ausgehend. An eine Stielbildung war nicht zu denken. In Folge von Brechneigung fiel das Netz und einige Darmschlingen vor, welche reponirt und mit grossen gekochten Tüchern zurückgehalten wurden. Der Tumor wurde nun hervorgezogen, das hervorragende Stück mit der Scheere abgetragen und der Cystensack in die Bauchwunde eingenäht.

Unter diesen fünfzig hinter einander aufgeführten Ovariotomien sind sieben solide Tumoren operirt worden und zwar vier Sarkome und drei Carcinome des Ovariums. Von den vier an Ovarialsarkom Operirten starben zwei, während die andern beiden genasen. Was nun den Fall (17) anbetrifft, so wurde hier unter so ungünstigen Verhältnissen operirt, dass der ungünstige Verlauf nicht zu verwundern war. Patientin war schon sehr heruntergekommen, an den Tagen vor der Operation hatte sie bedeutende Temperaturerhöhungen, die sich Abends bis 40,7 steigerten. Bei der Operation selbst ereignete es sich, dass der ganze Cysteninhalt, bestehend aus matschigem Gewebe, in die Bauchhöhle sich ergoss, von dem ohne Zweifel trotz der peinlichsten Toilette etwas zurückgeblieben ist. Es kann nach meiner Meinung dieser Fall nicht geltend gemacht werden gegen die operative Entfernung der Ovarialsarkome, sondern wird die Therapie, sobald die Diagnose auf Sarkom des Ovariums gestellt ist in der Exstirpation der Geschwulst bestehen.

Anders verhält es sich mit den Ovarialcarcinomen.

Hier wird wie Olshausen meint, die Therapie eine expectative sein müssen, da fast sämmtliche Operationen von carcinomatösen Geschwülsten schnell tödtlich verliefen. Ja sogar die blosse Punction sei schon gefährlich und werde fast immer mit dem Leben der Patientin bezahlt." Von den drei in der hiesigen gynäkologischen Klinik Operirten starben zwei, während eine Patientin geheilt entlassen wurde. Ob diese Heilung von Dauer ist, muss man abwarten, wunderbar ist es schon, dass bei der vor zehn Monaten Operirten noch kein Recidiv aufgetreten ist.

Zum Schlusse der Arbeit erfülle ich die angenehme Pflicht, Herrn Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Pernice für die Ueberweisung des Themas und die Unterstützung bei der Bearbeitung desselben meinen herzlichsten Dank auszusprechen.

Name u. s. w.	Klinische Diagnose	Tag der Operation	Ausgang	Anatomische Diagnose	Bemerkungen.
1) Frau D., 56 J., Neubrandenburg	Multiloculäre Ovarialcyste linkerseits	11. VII. 1879.	Genesung in 44 Tagen	Kystoma proliferum glandulare ovarii sinistri	Stielversenkung
2) Johanna B., 23 J., Zeitlow	Multiloculäre Ovarialcyste linkerseits	5. XI. 1879.	Genesung in 29 Tagen	Kystoma proliferum glandulare ovarii sinistri	Stielversenkung
3) Frau B., 73 J., Stralsund	Multiloculäre Ovarialcyste rechterseits	10. XI. 1879.	Genesung in 24 Tagen	Kystoma proliferum glandulare ovarii dextri	Stielversenkung
4) Frau T., 36 J., Demmin	Einkammerige Ovarialcyste rechterseits	14. XI. 1879.	Genesung in 82 Tagen	Einkammerige Cyste des rechten Parovarium	Verzögerung der Heil. durch Vereiter. d. Cystens.
5) Friederike K., 45 J., Silenz	Multiloculäre Ovarialcyste linkerseits	2. I. 89.	Genesung in 32 Tagen	Kystoma proliferum glandulare ovarii sinistri	Stielversenkung
6) Frl. B., 62 J., Greifswald	Linksseitige Ovarialcyste	13. I. 80.	Genesung in 21 Tagen	Linksseitige Dermoidcyste	Starke Blutung, Stielversenkung
7) Frau B., 38 J., Swinemünde	Rechtsseitige multiloculäre Ovarialcyste	16. II. 1880.	Genesung in 28 Tagen	Kystoma proliferum glandulare ovarii dextri	Stielversenkung

Name u. s. w.	Klinische Diagnose	Tag der Operation	Ausgang	Anatomische Diagnose	Bemerkungen.
8) Frau R., 29 J., Greifswald	Fester Ovarialtumor	5. III. 1880	Tod nach 16 Tagen an allgem jauch ig. Peritonitis	Cystosarcoma ovarii sinistri	Stielversenkung, starke Adhäsionen mit dem Netz
9) Frau A., 33 J., Barth	Linksseitige multiloculäre Ovarialcyste	4. V. 80	Genesung in 110 Tagen	Kystoma proliferum glandulare ovarii sinistri	Einnähung des Stiels in den unteren Wundwinkel
11) Frau M., 71 J., Bellin bei Ueckermünde	Multiloculäre Ovarialcyste linkerseits	1. VII. 1880	Genesung in 47 Tagen	Kystoma proliferum glandulare ovarii sinistri	Vom zurückgelassenen Rest der Cyste wird ein Stiel gebildet u. versenkt
11) Frau R., 58 J., Bon b. Barth	Mehrkammerige Ovarialcyste	6. VII. 1880	Genesung nach 24 Tagen	Kystoma proliferum glandulare ovarii sinistri	Stielversenkung
12) Wilhelmine F. 25 J., Pasewalk	Rechtsseitige Ovarialcyste	20. VII. 1880	Genesung in 25 Tagen	Kystoma proliferum glandulare ovarii dextri	Stielversenkung
13) Frl. L., 37 J., Ueckermünde	Fester Ovarialtumor links	6. 1. 81	Genesung in 30 Tagen	Cystosarcoma ovarii sinistri	Stielversenkung

14) Pauline S., 31 J., Rittgarten	Multiloculäre Ovarialcyste rechterseits	21. III. 1881	Genesung in 50 Tagen	Kystoma proliferum glandulare ovarii dextri	Stielversenkung. Verzög. Heilung i. F. eines Bauchdeckenabscesses
15) Frau B., 31 J., Quastenburg	Rechtsseitiger Ovarialtumor	24. IV. 1881	Genesung in 34 Tagen	Rechtsseitige Dermoidcyste	Stielversenkung
16) Johanna S., 79 J., Stralsund	Linksseitige Ovarialcyste	17. VI. 1881	Genesung in 190 Tagen	Kystoma proliferum glandulare ovarii sinistri	Vernähung des Stieles in die Bauchwunde. Verzögerte Heilung in Folge von Fistelbildung
17) Frau G., 43 J., Miltzow	Fester Ovarialtumor, Peritonitis	15. VI. 1881	Tod nach 20 Tagen an jauchiger Perit.	Cystosarcoma ovarii dextri	Stielversenkung
18) Frau M., 57 J., Stralsund	Rechtsseitiger Ovarialtumor	18. VI. 1881	Tod n. 10 Tg. an Peritonitis	Carcinoma ovarii dextri	Stielversenkung
19) Frau S., 65 J., Strassburg	Multiloculäre Ovarialcyste rechts	24. VII. 1881	Genesung nach 28 Tagen	Kystoma proliferum glandulare ovarii dextri	Stielversenkung
20) Frau F., 45 J., Papenhagen	Fester rechtsseit. Ovarialtumor	19. VIII. 1881	Tod nach 4 Tagen an Peritonitis	Carcinoma medullare ovarii dextri	Stielversenkung
21) Frau H., 58 J., Prerow	Multiloculäre rechtsseitige Ovarialcyste	2. III. 1882	Genesung nach 47 Tagen	Kystoma proliferum glandulare ovarii dextri	Heilung verzög. durch Bauchdeckenabscesse

Name u. s. w.	Klinische Diagnose	Tag der Operation	Ausgang	Anatomische Diagnose	Bemerkungen.
22) Frau M., 29 J., Patzig a. R.	Multiloculäre Oxarialcyste rechterseits	16. III. 1882	Genesung nach 29 Tagen	Kystoma proliferum glandulare ovarii dextri	Einnähung des Cystensackes in die Bauchwunde
23) Frau S., 55 J. Ramnow.	Multiloculäre Ovarialcyste rechterseits	20. IV. 1882	Genesung nach 30 Tagen	Kystoma proliferum glandulare ovarii dextri	Stielversenkung. Starke Blutung bei d. Operation
24) Frau G., 46 J. Friedland i. M.	Rechtsseit. multiloculäre Ovarialcyste, chron. Per.	16. V. 1882	Tod nach 3 Tagen an Peritonitis exudat.	Kystoma proliferum glandulare ovarii dextri	Verletzung der Blase. Stielversenkung
25) Fran V., 42 J. Leopoldshagen.	Multiloculäre Ovarialcyste	19. V. 1882	Genesung in 25 Tagen	Kystoma proliferum glandulare ovarii sinistri	Stielversenkung
26) Frau K., 48 J.	Multiloculäre Ovarialcyste	11. VI. 1882	Tod nach zwei Tagen	Kystoma proliferum glandulare ovarii sinistri	Stielversenkung
27) Louise Z., 30 J., Mannhagen.	Linkseitige multiloculäe Ovarialcyste	21. VII. 1882	Tod nach drei Tagen an Peritonitis	Kystoma proliferum glandulare ovarii sinistri	Die hint. Cystenwand wird mit d. Bauchw. vernäht
28) Ernestine S., 20 J., Hanshagen.	Multiloculäre Ovarialcyste rechterseits	22. IX. 1882	Genesung nach 64 Tagen	Kystoma proliferum glandulare ovarii dextri	Abortus i. sechst. Monat. Starke Blutg. Decubit.

29) Frl. H., 24 J., Wollin.	Mehrkammerige Ovarialcyste	29. XI. 1882	Tod nach drei Tagen an Peritonitis	Kystoma proliferum glandulare ovarii dextri	Die Cystenwand wird m. d. Bauchwunde vernäht
30) Frau K., 36 J. Stralsund.	Multiloculäre rechtsseitige Ovarialcyste	15. XII. 1882	Tod n. 4 Tagen an jauchiger Peritonitis	Kystoma proliferum glandulare ovarii dextri	Stielversenkung
31) Frau F., 56 J., Rehberg.	Einkammerige linksseitige Ovarialcyste	9. III. 1882	Genesung nach 44 Tagen	Einkammerige Cyste des linken Ovariums	Bedeutende Blutung. Stielversenkung
32) Auguste K., 20 J., Barth.	Einkammerige Ovarialcyste	21. V. 1883	Genesung n. 16 Tagen	Einkammerige Cyste des linken Ovariums	Stielversenkung
33) Frl. W., 20 J., Grimmen.	Multiloculäre Ovarialcyste	8. VI. 1883	Genesung in 43 Tagen	Kystoma proliferum glandulare ovarii dextri	Stielversenkung
34) Frau R., 61 J., Swinemünde	Multiloculäre linkseitige Ovarialcyste	27. VII. 1883	Tod nach 4 Tagen	Kystoma proliferum glandulare ovarii sinistri	Die hint. Cystenwand wird in die Bauchwunde eingenäht
35) August L., 18 J., Lassan	Multiloculäre Ovarialcyste	3. XI. 83	Genesung nach 21 Tagen	Kystoma proliferum glandulare ovarii sinistri	Stielversenkung
36) Frau R., 45 J., Jatznick	Multiloculäre Ovarialcyste, rechts	5. XI. 83	Genesung in 22 Tagen	Kystoma proliferum glandulare ovarii dextri	Stielversenkung

Name u. s. w.	Klinische Diagnose	Tag der Operation	Ausgang	Anatomische Diagnose	Bemerkungen.
37) Frau L., 45 J., Wollgast	Multiloculäre Ovarialcyste links	12. I. 84	Genesung in 19 Tagen	Kystoma proliferum glandulare ovarii sinstri	Stielversenkung
38) Frau R., 29 J., Lassan	Rectsseitige Ovarialcyste	19. I. 84	Genesung nach 18 Tagen	Einkammerige rechtsseitige Dermoidcyste	desgl.
39) Frau P., 54 J., Stralsund	Einkammerige Ovarialcyste, rechts	9. II. 84	Tod nach 3 Tagen an acuter Peritonitis	Einkammerige rechtsseitige Dermoidcyste	desgl.
40) Frau E., 51 J., Pudagra	Linksseitige Ovarialcyste	1. III. 84	Genesung nach 19 Tagen	Einkammerige linksseitige Ovarialcyste	desgl.
41) Frau S., 38 J., Papendorf	Rechtsseitige Ovarialcyste	21. III. 1884	Genesung nach 20 Tagen	Einkammerige rechtsseit. Ovarialcyste	desgl.
42) Frln. Bertha R., 24 J., Strals.	Linksseitige Ovarialcyste	3. IV. 84	Genesung in 16 Tagen	Linksseitige Dermoidcyste	desgl.
43) Frau W., 52 J., Greifswald	Linksseitiger Ovarialtumor	15. VIII. 1884	Heilung in 15 Tagen	Linksseitiges Ovarialcarcinom	desgl.

44) Frau R., 48 J., Friedland	Multiloculäre Ovarialcyste rechts	26. IX. 1884	Genesung in 18 Tagen	Kystoma proliferum glandulare ovarii dextri	desgl.
45) Frau K., 28 J., Loitz	Multiloculäre rechtsseitige Ovarialcyste	22. XI. 1884	Genesung in 16 Tagen	Kystoma proliferum glandulare ovarii dextri	Zahlreiche Adhäsion
46) Anna B., 22 J., Schönwalde	Doppelseitiger Ovarialtumor	31. I. 85	Tod nach 2 Tagen an jauchiger Peritonitis	Doppelseitige Dermoidcyste	Verletzung des Rectums
47) Frl. B., 28 J., Horst	Multiloculäre rechtsseitige Ovarialcyste	3. III. 85	Genesung nach 20 Tagen	Kystoma proliferum glandulare ovarii dextri	Blutiger Cysten-Inhalt
48) FrauGl., 36 J., Schmachtgrund	Myom des Uterus	12. III. 1885	Genesung nach 19 Tagen	Cystosarcoma ovarii dextri	Stielversenkung
49) Frl. S., 49 J., Garz a. R.	Ovarialcyste beiderseits	6. IV. 85	Tod nach 3 Tagen an jauchiger Peritonitis	Kystoma papillare ovarii sinistri, Kystoma proliferum glandulare ovarii dextri	Versenkung beid. Stiele
50) Frl. B., Putbus	Ovarialcyste rechterseits	13. IV. 1885	Genesung nach 30 Tagen	Einkammerige rechtsseit. Ovarialcyste	Einnähung des Cystensackes in die Bauchwunde

Lebenslauf.

Josef Antonius Franz Gatz, Sohn des verstorbenen *Paul Gatz* und dessen Ehefrau *Maria,* geb. Schweminska, katholischer Confession, wurde geboren am 5. Januar 1855 zu Osterwick in Westpreussen. Nachdem er den ersten Unterricht in seinem Heimathsort erhalten, besuchte er die Gymnasien zu Konitz und Culm, welches letztere er im August 1877 mit dem Zeugniss der Reife verliess. Er bezog im Herbst desselben Jahres die Universität Berlin, um Jura zu studiren. Ostern 1878 begab er sich nach Greifswald, wurde hier vom zeitigen Rector Herrn Prof Dr. *Kiessling* immatrikulirt und vom Decan Herrn Prof. Dr. *Schirmer* in das Album der medicinischen Facultät eingetragen. Das Tentamen physicum bestand er am 9. März 1881. Seiner halbjährigen Dienstpflicht mit der Waffe genügte er beim Grossherzoglich Mecklenburgischen Füsilier-Regiment Nr. 90. Die medicinische Staatsprüfung beendete er am 27. Juni 1884. Vom 15. September 1884 bis 15. März 1885 diente er als einjährig-freiwilliger Arzt beim 1. Bataillon 3. Pomm. Infanterie-Regiments Nr. 14. Am 16. März 1885 bestand er das Examen rigorosum.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kurse und Kliniken folgender Herren Professoren und Docenten:

In Berlin:

Geh. Rath Prof. Dr. *Dernburg.*

In Greifswald:

Arndt, Beumer, J. Budge, A. Budge, Eulenburg, v. Feilitzsch, Grohé, Haeckermann, Hueter, Krabler, Landois, Limpricht, Mosler, Münter, Pernice, v. Preuschen, Schirmer, Schüller, Sommer, Strübing, Vogt.

Allen diesen seinen hochverehrten Herren Lehrern spricht Verfasser bei dieser Gelegenheit seinen Dank aus.

Thesen.

I.

Bei Diphtheritis ist eine excitirende Behandlung von vornherein indicirt.

II.

Zur Verhütung von Krankheitsübertragungen bei Massenimpfungen müsste angeordnet werden, die Lanzette nach jedesmaligem Gebrauche zu desinficiren.

III.

Bei Ovariotomie ist die Schnittführung in der linea alba die beste Operationsmethode.